# 

# Allegato n. 4C Richiesta di rimborso del destinatario

*(Inserire logo Società della Salute / Zona distretto)*

**RICHIESTA RIMBORSO SPESE**

**PROGETTO:** *(da compilare a cura della Società della Salute / Zona distretto)*

**CODICE PROGETTO:** *(da compilare a cura della Società della Salute / Zona distretto)*

Nome:

Cognome:

CF:

Obiettivo/i progettuale/i Vita Indipendente:

**RICHIESTA RIMBORSO PER MESE E ANNO:**

**DETTAGLIO SPESE SOSTENUTE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipologia di servizio** | **Giustificativi allegati** | **Importo richiesto** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **TOTALE:** | |  |

Si richiede pertanto il rimborso delle spese sostenute per il progetto di Vita Indipendente.

Luogo e data

Firma del destinatario

(o suo rappresentante legale, se nominato)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_